

ГЕНДЕРНА СТИГМАТИЗАЦІЯ ЖІНОК, ЩО НАРОДИЛИ НЕДОНОШЕНУ ДИТИНУ

Загально відомо, що відчуття провини є невід'ємною частиною існування людини, яке може розглядатися як потреба етичної оцінки власної поведінки.

У процесі формування афективно-когнітивних структур совісті, як і в процесі морального розвитку особистості, на думку багатьох дослідників, чи не найголовніша роль відводиться саме їй [2].

D. Ausubel виділив три психологічні передумови розвитку відчуття провини, а саме: 1) прийняття спільних моральних цінностей; 2) інтерналізація цінностей; 3) здатність до самокритики, розвинена настільки, щоби сприймати протиріччя між реальною поведінкою і стереотипами її сприйняття. Крім того, він відзначає, що в ролі однієї з найістотніших передумов розвитку совісті та провини можна розглядати потужне бажання батьків і всього суспільства виховати у підростаючого покоління почуття відповідальності (а нерідко й відповідності усталеним стереотипам очікуваної поведінки) [3]. Тобто мова йде про поступовий розвиток та становлення відчуття провини в процесі виховання та прийняття та/чи заперечення традиційних соціальних ролей.

Феномен онтологічної або екзистенціальної вини є варіантом принципово іншої форми взаємодії людини зі світом.

Як відомо, екзистенціальна психологія бере початок у роботах Серена К'єркегора, який «намагався подолати розрив між розумом і почуттями, звертаючи увагу людей на реальність безпосереднього досвіду, яка лежить в основі і об'єктивної, і суб'єктивної реальностей» [Цит. за: 10, с. 17]. С. К'єркегор підкреслював значущість рівноваги свободи і відповідальності. Люди знаходять свободу дії через розширення самосвідомості та наступне прийняття на себе відповідальності за свої вчинки. Однак за свободу і відповідальність людина розплачується почуттям тривоги, усвідомлюючи тягар свободи і біль відповідальності. Варто зазначити, що безпосередньо про відчуття вини ще не йдеться.

Відповідно до позиції М. Гайдеггера, людина винна в тій же мірі, в якій відповідальна за себе й свій світ. Для позначення провини і відповідальності він використовує одне й те ж поняття – *Schuldig*, таким

чином акцентуючи увагу на сприйнятті вини як «відповідальності за». Гайдеггер вказує на можливе «винен» як на поклик застережливої совісті: мати совість - значить бути живим - існувати [10].

За R. Мау виділяють три форми такої провини: перша формується у наслідок невміння жити у відповідності до власного потенціалу, у основі другої лежить спотворене сприйняття буття навколишніх людей (переконання у тому, що людина або її поведінка можуть заподіяти оточуючим шкоду), третя являє собою «провини роз'єднання», об'єктом цієї форми є природа [11]. При цьому, екзистенційна вина тісно пов'язана із поняттям особистої відповідальності [11, с. 5-6].

Варто відзначити, що сама по собі ця вина не є невротичною виною, але має певний потенціал для перетворення на таку [11, с. 5-7]. За І. Яломов, «невротична вина» походить від уявних злочинів (або дрібних проступків, що викликають непропорційно сильну реакцію) проти іншої людини, давніх і сучасних табу, батьківських та соціальних заборон. "Справжня" вина обумовлена реальним злочином по відношенню до іншої людини [4].

Метою нашої роботи стало вивчення у контексті гендерної стигматизації відчуття провини у жінок, що народили недоношену дитину.

Психогенний травмуючий фактор – народження недоношеної дитини, супроводжується вираженою психоемоційною напругою, почуттям страху і тривоги та призводить до формування прихованої або клінічно вираженої дезадаптації різних систем організму породіллі [8]. Розвиток відчуття вини є однією із найголовніших ланок цього процесу.

В рамках дослідження були обстежені 150 жінок, що народили недоношену дитину та перебували у неонатологічних відділеннях Харківського обласного клінічного перинатального центру та Харківського міського клінічного перинатального центру, а також Харківської обласної дитячої клінічної лікарні № 1.

Більшість жінок постійно проживають у великому місті - 77 (51%), 37 опитаних постійно проживає в селі (25%) і 36 - в маленькому місті (24%). Розподіл за віком представлено в таблиці 1.

Таблиця 1 – Розподіл жінок за віком

Місце постійного проживання	Вік ($M \pm m$)	Кількість обстежених	%
У сільській місцевості	26,62 \pm 0,83	37	24,7
У маленькому місті	28,28 \pm 0,77	36	24
У місті	29,68 \pm 0,64	77	51,3
Усього	28,59 \pm 0,44	150	100

128 жінок перебувають у шлюбі (85%), незаміжні 18 (12%), 4 жінки розлучені (3%). За рівнем отриманої освіти всі опитані були розділені на наступні групи: 8 жінок (5,3%) мали неповну середню освіту, загальну середню мала 21 (14%) жінка, середню спеціальну - 32 (21,3%), незакінчену вищу - 17 (11,3%), вищу - 72 людини (48%).

Постійного партнера (не перебувають ні в цивільному, ні в офіційному шлюбі) не мають 19 жінок (12,7%), до року перебувають у шлюбі або проживають спільно 14 жінок (9,3%), від 1 до 3 років - 52 жінки (34,6%), більше 5 років - 43 жінки (28,7%), більше 10 - 22 (14,7%). При цьому, 10 жінок проживають самотійно (6,7%), 41 жінка - із родичами (27,4%), 99 жінок постійно проживають з чоловіком (66%). 54 жінки не працюють (36 %), 29 (19,3%) зайняті у сфері обслуговування, 12 жінок зайняті фізичною працею (8%), на державній службі складаються 24 жінки (16 %), власний бізнес мають 6 опитаних (4 %), 25 жінок неодноразово змінювали місце роботи (16,7%).

Майже усі жінки під час клінічної бесіди повідомляли про відчуття, що «у тому, що відбувається зараз зі мною та моєю дитиною є моя вина», «моя дитина страждає за мої провини», «неправильна поведінка під час вагітності стала причиною передчасних пологів».

Крім того, мала місце тенденція до викривленого сприйняття слів та поведінки оточуючих, в тому числі близьких родичів та членів родини, із їх інтерпретацією на користь підтвердження тези про значущість особистого внеску у розвиток передчасних пологів та актуальний стан новонародженого. Протягом спілкування самооцінка жінки, що народила недоношену дитину, як правило, відбувалася з урахуванням *гендерної стигматизації*, тобто з судженнями інших про те, чи відповідала її поведінка загальноприйнятим нормам жіночості й уявленням про стан породілля.

Результати, що були отримані за даними аналізу методики «Індекс вини, що сприймається», підтвердили отримані в ході клінічної бесіди дані. Так, у 96 жінок (64 %) отримане значення індексу провини було вище 10, що свідчить про те, що інтенсивність почуття провини була вище рівня звичайних переживань.

Відчуття провини у наслідок народження недоношеної дитини може бути розглянуте у якості екзистенційної гендерної вини перед оточуючими і розвивається через те, що кожна особистість викривлено сприймає інших та їхні потреби. «Екзистенційна вина народжується в той момент, коли хтось завдає шкоди основам людського світопорядку, знаючи про це і визнаючи,

що основи світопорядку одночасно є також і основами його особистісного та суспільного існування» [1, с. 9].

Серед психологічних факторів ризику розвитку почуття вини у жінок слід виділити більшу схильність до емоційних стресів, фіксованість на переживаннях і емоціях, тенденцію до катастрофізації ситуації, підвищену сприйнятливність до болю [10]. Їх прояви стають більш значимими, коли підсилюються гендерною стигматизацією.

В сучасних умовах жіночої емансипації жінки беруть активну участь у бізнесі, політичних та суспільних процесах, все більшу увагу приділяють кар'єрі. Як закономірний наслідок, існує тенденція до відкладання народження дітей до останнього. З цієї причини кількість вікових матерів, що народжують вперше, з роками зростає. З віком відношення до материнства стає тривожно-напруженим. Жінку охоплює чимало сумнівів, хвилювань [11]. А якщо виникають загрози для здоров'я первістка, стресогенних факторів у матері значно додається. Глибина реакції залежить від особливостей організму, темпераменту й характеру, виховання, гендерної культури жінки.

Після пологів будь-який жіночий організм зазнає серйозних гормональних змін, які не можуть не відбитися на психологічному стані. Так, спокійні жінки, виховані в теплій сімейній обстановці, рідше страждають на післяпологову депресію, що можна вважати клінічним проявом відчуття вини. Більше схильні до цього захворювання жінки із заниженою самооцінкою, які не отримували в сім'ї достатньо любові. З іншого боку, коли любові в сім'ї занадто багато і людину просто «закидають» емоціями, це теж може в майбутньому вплинути на психіку, зробивши її нестійкою, бо вона не виконала покладену на неї функцію, не відіграла запрограмовану роль.

Існує думка, що післяпологова депресія виникає відносно частіше у матерів-«відмінниць», які прагнуть робити все завжди дуже добре. В результаті клопоту у «мами-відмінниці» стає більше, а сил — менше. З'являються ознаки депресії. Нерідко, піклуючись про дитину, матері занегають себе: нерациональне харчування, зменшення рухової активності, недотримання режиму дня, хронічне недосипання сприяють розвитку дезадаптації.

Інший бік жіночої емансипації – народження дитини у дуже молодому віці, коли власні психоемоційні процеси матері ще не стабілізувалися і не зміцнилися [12].

Загалом, ретельне вивчення причин, що могли призвести до розвитку почуття вини у жінок, що народили недоношену дитину, дозволило нам розділити їх на три основні групи, кожна із яких може бути співвіднесена із проявами стигматизації з боку оточуючих, а саме: медичного персоналу, партнера (чоловіка), оточення (родичі, друзі, колеги).

На нашу думку, психологічні аспекти розвитку стигматизації з боку близького оточення, у тому числі чоловіка та сім'ї наступні. Народження дитини у контексті гендерних стереотипів слов'янського менталітету пов'язане, з одного боку, із можливістю реалізувати власні надії та амбіції щодо майбутнього, та, з іншого боку, - з можливістю самореалізуватися у новій соціальній ролі (мати, батько) [12]. Саме тому жінка, що народила недоношену дитину, несе подвійне навантаження. Вона відчуває вину ще й за те, що не дала можливості партнеру (чоловікові) повноцінно відіграти свою роль.

Таким чином, дитина може здаватися відображенням власного успіху у житті. У випадку народження недоношеної дитини, особливо недоношеної з низькою чи екстремально низькою масою тіла, батьки стикаються з великою кількістю можливих проблем зі здоров'ям дитини. Відсутність доступної та зрозумілої інформації сприяють формуванню невірних уявлень про подальший розвиток дитини, її виховання, подальшу освіту. Ступінь стигматизації, при цьому буде залежати від їхнього відношення до батьківства, ступеню недоношеності та стану дитини, особливостей світосприйняття, рівня освіти тощо.

Розглядаючи стигматизацію матері передчасно новонародженого з боку близького оточення (родичі, друзі, колеги), варто зупинитися на тенденції порівнювати власну дитину із дитиною уявною, яка найчастіше народжена в строк, має відповідну до строку гестації вагу. У процесі перебування матері із дитиною у стаціонарі, як мати, так і її оточення починають підсвідомо порівнювати новонародженого із доношеним новонародженим. У результаті такого співставлення «виявляється», що недоношена дитина не має певних навичок та вмінь, що притаманні дитині, народженій в строк. Як результат з'являється відчуття неповноцінності та відсталості дитини.

З іншого боку, батьки недоношеної дитини стикаються із складнощами спілкування з медичним персоналом. Сутність цього аспекту проблеми полягає в тому, що лікарі, пояснюючи стан дитини, нерідко використовують специфічну термінологію, яка є цілком незрозумілою для батьків новонародженого. Крім того, лікар-неонатолог за браком часу не має змоги

не тільки проводити емоційну підтримку батькам, але й раціонально роз'яснювати питання, що їх непокоять. У той же час, коли дитина знаходиться у кювезі в оточенні численної апаратури, батьки можуть відчувати себе наляканими і непотрібними, не здатними допомогти дитині, а тому й такими, що не відповідають нормам гендерних стереотипів.

Отримані дані дозволили нам стверджувати про наявність феномену гендерної стигматизації, що призводить до розвитку відчуття вини і являє собою провідний пусковий фактор подальшого формування розладів адаптації у жінок, що народили недоношену дитину.

Важливим є той факт, що переважна більшість батьків, навіть за вкрай несприятливого перебігу вагітності, психологічно не готові до народження недоношеної дитини з певними відхиленнями у стані здоров'я; вони закономірно проходять фази шоку, метушіння, стійкої рівноваги, кожна з яких характеризується певними особливостями психічного стану, які слід враховувати на всіх етапах взаємодії [13].

Ще одним суттєвим фактором, який може бути розглянутий у якості такого, що потенційно впливає на розвиток відчуття провини у жінок, є гендерні особливості культурального та ментального сприйняття ролі матері, які домінують в суспільстві. Особливо це стосується випадків, коли жінки, що народили передчасно, не мають вищої освіти, проживають у селах або маленьких містечках та не мали змоги відвідувати курси підготовки до пологів.

З цього приводу, найбільш продуктивними для розуміння провини, її джерел виникнення і розвитку стають уявлення теорії навчання. Відповідно до засад цієї теорії, процес розвитку має здійснюватися в основному під впливом навчання. Якщо хороші вчинки дитини винагороджуються, а погані засуджуються, то у неї формується відчуття, а згодом і розуміння про правильність/неправильність своєї поведінки. Відповідно, вина являє собою страх, що охоплює індивіда після вчинення проступку, який іншими засуджується [1].

Отже, на особливу увагу заслуговує питання впливу гендерних стереотипів на формування відчуття провини у жінок. Мова йде про сприйняття жінки виключно у ролі майбутньої матері, абсолютизація значення її репродуктивних функцій, а також часто фактичного вилучення чоловіка із процесів, що пов'язані із перебігом вагітності і пологів, що розглядається як ознака патернів поведінки, характерних відповідно для жінок та неприйнятних для чоловіків.

Таким чином, низка факторів, що впливають на сприйняття материнства, є чинниками розвитку відчуття вини у жінок, що народили недоношену дитину, яке може бути розглянуте у якості однієї з форм екзистенційної гендерної вини.

Важливим є розроблення шляхів ранньої діагностики розвитку відчуття вини у жінок, що народили недоношену дитину, беручи до уваги вплив цього феномену на розвиток клінічно значущих станів, серед яких тривожні розлади, депресія, розлади поведінки, що, в свою чергу, має короткострокові та довготривалі наслідки впливу на розвиток дитини та формування психологічно сприятливих відносин «мати-дитина».

Така трактовка розвитку вказаного феномену викриває необхідність глибокого переосмислення засад та методологічних підходів до роботи із вказаним континентом жінок, адже мова має йти не лише про надання психологічної допомоги породіллям, що опинилися в подібній ситуації, а й про профілактику вже на етапі планування вагітності та її перебігу, із обов'язковим уточненням гендерних культуральних та ментальних особливостей виховання та життя жінки.

Література

1. Бубер М. Вина и чувство вины. // Вестник РАТЭПП. – 1994. – N 2. – С. 7-10.
2. Изард К. Э. Психология эмоций / Перев. с англ. — СПб.: Издательство «Питер», 2000. — 464 с. / Электронный ресурс. Режим доступа <http://tip.psychology.org/ausubel.html>
3. Власова Т.В. Личностный рост психолога: от эмпирии к онтологии вины // Московский психотерапевтический журнал. –1999. – № 1. – С. 87 – 96.
4. Ирвин Ялом Экзистенциальная психотерапия Перевод Т.С. Драбкиной Irvin D. Yalom. Existential Psychotherapy. N.Y.: "Basic Books", 1980 М.: "Класс", 1999
5. Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. - СПб: Питер. 2004. 960 с.
6. Ланцбург М. Е. О применении экзистенциального гуманистического подхода в психологическом консультировании беременных женщин и молодых родителей / М. Е. Ланцбург // Перинатальная психология и психология репродуктивной сферы. — 2010. — № 1. — С. 18–27.
7. Мэй Р. Истоки экзистенциального направления в психологии и его значение / В кн.: Экзистенциальная психология. Экзистенция / Пер. с англ. М. Занадворова, Ю. Овчинниковой. - М.: Апрель Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2001. - С. 111.
8. Островская Е. А. Психосоциальные аспекты адаптации юных матерей / Е. А. Островская // Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2009. — № 5. — С. 78–89.

9. Первый В. С. Клинико-психологические и социально- психологические характеристики больных с фобическими состояниями / В. С. Первый // Запорожский мед. журнал. — 2005. — С. 95–98.

10. Экзистенциальная психология. Под редакцией Ролло Мэя. Перевод М.Занадворова и Ю. Овчинниковой. М.: Апрель Пресс & ЭКСМО-Пресс, 2001
Терминологическая правка В.Данченко К.: PSYLIB, 2005.

11. May R., (1967). Psychology and the human dilemma. Princeton, NY: Van Nostrand.

12. Klerman L. V. The clinical content of preconception care: care of psychosocial stressors / L. V. Klerman, B. W. Jack, D. V. Coonrod // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2008. — No. 6, Suppl. 2. — P. 362–366.